IX kadencja




# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

**PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

■ **Komisji Zdrowia**
**(nr 112)**
z dnia 13 października 2021 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Zdrowia (nr 112)

13 października 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasz Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

**– informację ministra zdrowia na temat:**

**1. zagrożeń wynikających z pogłębiających się trudności w realizacji świadczeń w zakresie ginekologii, a w szczególności ginekologii onkologicznej, związanych z ich nieaktualną, niepokrywającą ponoszonych kosztów wyceną, co prowadzi do wydłużenia czasu, tak istotnego dla chorych na nowotwór pacjentek, do momentu rozpoczęcia leczenia;**

**2. konieczności rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych dla kobiet o poradnictwo laktacyjne, niezbędne dla prawidłowej opieki położniczej, oraz fizjoterapię uroginekologiczną będącą istotnym elementem leczenia powszechnych, a często pomijanych problemów z utrzymywaniem moczu u kobiet na różnych etapach ich życia.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Czajkowski** konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, **Grzegorz Kubielas** naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Włodzimierz Sawicki** prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Maciej Krawczyk** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikami, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Bartłomiej Burzyński** doradca prezesa Krajowej Izby Fizjoterapeutów w zakresie fizjoterapii urologicznej, ginekologicznej i proktologicznej, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Mariusz Kocój** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz **Marek Wleklik** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak, Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzenie Komisji Zdrowia zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów. Szanowni państwo, raz jeszcze witam członków Komisji, witam pana ministra wraz współpracownikami, witam serdecznie zaproszony gości.

Porządek dzienny jest rozbudowany, nie będę go czytał, wszyscy państwo go znacie. Przypominam jedynie, że w tym trybie art. 152 ust. 2 porządek dzienny nie może ulec modyfikacji, zmianom, tylko musimy go zrealizować w takiej formie, o którą wnioskowała grupa posłów.

W takim razie przechodzimy do procedowania. Na początek oddam głos przedstawicielowi wnioskodawców. Mam następującą propozycję, panie pośle, panie profesorze: rozumiem, że krótkie wprowadzenie z pana strony, następnie odpowiedź ministra i następnie dyskusja, którą proponowałbym odbyć – myślę, że to będzie bardziej interesujące – bez tego tradycyjnego podziału na posłowie, później zaproszeni goście, tylko pro-

ponuję, żeby można było zabierać głos łącznie, czyli niezależnie od tego, czy się zgłaszają posłowie, czy goście. Proponuję też i proszę państwa, poza oczywiście wstępem pana profesora i odpowiedzią pana ministra, o krótkie wypowiedzi. Myślę, że każda osoba może się w trzech minutach zmieścić. Myślę, że wtedy ta dyskusja więcej wniesie, bo wszystkim na pewno zależy na tym, żeby sprawy służby zdrowia układały się i przebiegały jak najlepiej. Bardzo proszę w takim razie, panie pośle.

**Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska 2050):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, zwróciliśmy się o zwołanie posiedzenia Komisji poświęconego trzem zagadnieniom z zakresu generalnie związanego z ginekologią i położnictwem. Chodzi również o poradnie laktacyjne i o fizjoterapię w przypadku nietrzymania moczu. Oczywiście każde z nich jest oddzielnym problemem.

Niewątpliwie najbardziej poruszająca jest sprawa, która już była poruszana tu na posiedzeniu Komisji, ale myślę, że ciągle widać, iż wyborcy zgłaszają poczucie zagrożenia, które występuje. Na pewno wiemy, że jesteśmy w trudnej sytuacji, bo po mobilizacji walki z falami pandemii doszło, nie da się ukryć, do znacznej dezorganizacji w normalnych działaniach planowych. Znamy już raporty dotyczące onkologii. Niemniej musimy to przezwyciężyć, a sytuacja robi się, powiedziałbym, dosyć niestabilna ze względu na różnego rodzaju oddziaływania. Jeżeli możemy wyłowić jakiekolwiek sytuacje, w których możemy te oddziaływania różnego rodzaju osłabić, to powinniśmy to zrobić.

Z głosów, które docierały do nas, wynika, że jest poważne zagrożenie zabezpieczeniem świadczeń w wystarczającej ilości i w odpowiednio szybkim tempie, bo o to też chodzi w przypadku każdej onkologii. W związku z tym, że z punktu widzenia menedżerskiego zarządzający placówkami menedżerowie ochrony zdrowia nieraz zgłaszają, że te procedury przy tej wycenie, jaka jest w tej chwili, nie mają podstawy, żeby koniecznie je utrzymywać. Z punktu widzenia menedżerskiego, tak słyszeliśmy, nieraz wydaje się, że po prostu lepiej zająć się innym fragmentem z tej szerokiej specjalności ginekologii i położnictwa niż ginekologią onkologiczną.

Jeżeli takie sygnały się pojawiły, to nic dziwnego, że zwróciliśmy się z prośbą o wyjaśnienie, a również możliwość wypowiedzi. Według danych, które uzyskałem, faktycznie wyceny procedur z zakresu ginekologii i ginekologii onkologicznej od lat pozostają na prawie niezmienionym poziomie. Jak zwykle pewnie dotyczy to każdej specjalności, mógłbym też powiedzieć to samo na pewno o swojej. Ale tym bardziej, że nie jestem związany bezpośrednio, jestem bardziej obiektywny. To prowadzi, tak jak mówiłem, do kłopotów finansowych szpitali. Widzimy tu bardzo duże niebezpieczeństwo. Z jednej strony chcielibyśmy, żeby była większa podaż świadczeń, a z drugiej strony jest ryzyko, że ona się zmniejszy. Dlatego też bardzo prosiliśmy, żeby można było dopuścić przedstawicieli szpitali nie tylko akademickich, nie tylko Centrum Onkologii, gdzie na pewno bardzo wielu chorych też się ustawia w kolejce, żeby zabezpieczyć, ale też i szpitali, które są pozaakademickie, może nie do końca wszystkie, ale w każdym razie borykają się z tymi kłopotami.

Narastające problemy finansowe szpitali sprawujących opiekę ginekologiczną powodują redukcję białego personelu – dotyczy to lekarzy ginekologów, anestezjologów, położnych, co w efekcie prowadzi m.in. do niewydolności bloków operacyjnych, braku ciągłości ich działania. To są rzeczy, z którymi coraz częściej się spotykamy. Dochodzi też do przesuwania się personelu do sektora prywatnego, gdzie jednak zabiegi są trochę lepiej dostępne. Płatne, co prawda, ale w sytuacji ratującej życie ludzie sięgają po ratunek. Tutaj rzeczywiście wygląda na to, że jest problem.

W przypadku terapii ginekologicznych chorób onkologicznych najbardziej niedoszacowane pod względem poniesionych nakładów jest leczenie raka jajnika, jak się dowiedziałem, który się charakteryzuje podstępnym przebiegiem, przez to w większości przypadków rozpoznawany jest w zaawansowanej postaci. Jednocześnie ten rak, w odróżnieniu od innych nowotworów narządu rodnego, wiąże się z rozsiewem wielonarządowym w jamie brzusznej. Podstawowym jego leczeniem jest leczenie chirurgiczne, niejednokrotnie wymaga resekcji wielonarządowych z zakresu chirurgii ginekologii, uro-

logii, resekcji jelita, często zwolnienia stomii, usunięcia śledziony, fragmentów wątroby. Zabieg jest czasochłonny, niejednokrotnie wymaga wykorzystania kosztownego sprzętu, np. staplerów jelitowych – chociaż wydawałoby się, że to nie jest specyfika ginekologii. Ze względu na rozległość zabiegu czas hospitalizacji jest również zwykle dłuższy niż w przypadku leczenia zmian mniej zaawansowanych.

Potwierdzają się sygnały, że to przestaje być opłacalna procedura, że tak się wyrażę. To jest oczywiście straszne sformułowanie, ale mówię z punktu widzenia takich rachunków menadżerskich. Leczenie operacyjne raka jajnika zwykle rozlicza się z procedury M11 jako kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego. W tym miejscu warto zauważyć, że operacje nowotworów narządów endokrynnych, takie jak np. rak tarczycy lub nadnerczy, rozlicza się z dużo lepiej punktowanej, oddającej realne koszty procedury K1: zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych. Dlatego też, aby leczenie raka jajnika nie przynosiło strat, należy poprawić jego wycenę – taki jest generalny wniosek. Na przykład M11: kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego i F31A: kompleksowe zabiegi jelita grubego. Mogłyby być wprowadzone możliwości prostego sumowania procedur związanych właśnie z takimi działaniami, jeżeli w czasie jednej procedury dochodzi do usunięcia fragmentu układu rozrodczego i kompleksowego zabiegu jelita grubego. To są głosy, które do nas trafiają. Rozliczenie leczenia chirurgicznego innych nowotworów narządu rodnego, również wielokrotnie, nie pokrywa poniesionych kosztów, dlatego konieczne wydaje się być urealnienie wyceny procedur z zakresu ginekologii i ginekologii onkologicznej.

Oprócz całkowicie nieadekwatnej wyceny leczenia pacjentki z rakiem kolejnym przykładem choroby, w której leczenie operacyjne prowadzi do strat finansowych oddziałów – w cudzysłowie, ale też prawdziwych strat – jest endometrioza. Schorzenie, które w zasadzie nie jest bezpośrednio nowotworem, dotyka tysięcy kobiet w Polsce. Mimo że nie jest właśnie nowotworem, przebiega podobnie do zmian onkologicznych, obejmując liczne miejsca i narządy w jamie brzusznej. Leczenie chirurgiczne jest trudne, operacje są długie, skomplikowane, wymagające często, podobnie jak operacje z powodu raka jajnika, resekcji wielonarządowych. Dlatego też praktycznie każda operacja z powodu zaawansowanej endometriozy generuje straty finansowe, dlatego dotkniętej nią kobiecie tak trudno znaleźć pomoc w publicznej ochronie zdrowia. Wydaje się istotnym wnioskiem, aby nastąpiło utworzenie odrębnej grupy właściwie refundowanych procedur umożliwiających leczenie pacjentek z endometriozą. Pewnym czasowym rozwiązaniem mogłoby być dopisanie endometriozy N80, w szczególności N80.3, N80.4, N80.5, do grupy procedur N11: kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, zarezerwowanej do tej pory dla chorób nowotworowych z kodem C.

Niestety, jak zwykle pieniądze są bardzo ważnym elementem. Wiemy, że ta kołdra ciągle jest przykrótka, ale w tej sprawie była ogólna zgoda właściwie wszystkich: posłów, przedstawiał to też rząd, przedstawiał pan prezydent, Fundusz Medyczny też był skoncentrowany w dużej mierze m.in. na chorobach nowotworowych. One na pewno ciągle wymagają naszego działania. Wiemy też z epidemiologii, że ciągle daleko nam do tych efektów, które występują, szybkiego wykrywania i szybkiej reakcji, bo czasu jest mało. Dajmy szansę tym szpitalom, które podejmują…Nie pozwólmy na to, żeby te względy kalkulacji ekonomicznej przymuszały – w cudzysłowie, ale jednak pewnie prawdziwie – decydentów, organy tworzące do ograniczenia działalności w tym zakresie, a już, nie daj Boże, do likwidacji oddziałów leczących chore z nowotworami czy też paranowotworowymi chorobami z zakresu ginekologii onkologicznej.

Myślę, że drugi i trzeci aspekt w dyskusji będą szerzej poruszone. Wnoszono… Były głosy wyborców mówiące o konieczności zabezpieczenia lepszego, skoordynowanego w zakresie poradni laktacyjnych… Wiem, że ministerstwo też przygotowało jakąś odpowiedź. Na pewno popracujemy nad tym, bo nie chodzi o tłumaczenie się, tylko o to, jak zrobić, żeby to naprawić, bo jest to wniosek na pewno słuszny. Na tej sali akurat to wyjątkowo może dobrze wybrzmieć ze względów czysto praktycznych: mamy koleżankę, która bezpośrednio ma doświadczenie.

No i wreszcie fizjoterapia uroginekologiczna. To jest zagadnienie, które na pewno było odsuwane jako mało znaczące. No gdzież się zajmować takimi problemami, kiedy

jest problem z ginekologią onkologiczną? Na pewno nie jest częstą sprawą w ogóle posiadanie poradni tego typu i umiejętności jej zaopatrywania, ale głosy fizjoterapeutów z kolei mówią, że to jest kluczowe postępowanie, które może umożliwić kobietom poczucie samodzielności w trudnych sytuacjach, jak również poczucie godności.

Wiemy, że to jest pewien problem. Jeżeli tak nieskomplikowany zabieg jak fizjoterapeutyczny, ale systematycznie wykonywany, może pomóc, to powinniśmy poważnie zastanowić się nad tym, czy głos wskazujący, żeby to stało się normalnie refundowaną procedurą, nie powinien mieć miejsca, bo niewątpliwie jest problem. Sytuacja dotyczy możliwe, że od jednej czwartej do ponad 40% kobiet w pewnym wieku. Natomiast w Polsce generalnie wśród kobiet dotyczy 3 mln dorosłych Polek, tak jak eksperci przedstawiają, a więc 17,8% kobiet polskich ma ten problem. I rzeczywiście rozumiem, że jeżeli można im pomóc w ten sposób, to trzeba poważnie do tego podejść. Nie jestem ekspertem, myślę, że eksperci się wypowiedzą. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie. Oddaję głos teraz panu ministrowi, bardzo proszę.

**Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:**

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, rzeczywiście są tu poruszone trzy różne tematy, postaram się dość krótko na te zagadnienia odpowiedzieć. Oczywiście także potem na pytania państwa posłów.

Jeżeli chodzi o ginekologię onkologiczną i te procedury, które są w tej chwili realizowane, to już w 2018 r. w planie taryfikacji został określony obszar „choroby nowotworowe" i obwieszczenie, które ukazało się w 2019 r. i 2021 r. ustala nowe taryfy, jeżeli chodzi o zakres ginekologii onkologicznej.

I tak w 2019 r. zostały wprowadzone nowe taryfy w zakresie onkologii tzw. pakietów diagnostycznych. I to w zakresie jednocześnie leczenia szpitalnego, a także w zakresie w opieki ambulatoryjnej specjalistycznej. W tym roku, czyli w roku 2021, pojawiły się nowe wyceny w zakresie leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, radioterapii chorób nowotworowych, hospitalizacji do chemii i radioterapii oraz świadczeń gwarantowanych związanych z podawaniem chemioterapii. To jest dość świeża wycena i nowe taryfy, które się pojawiły. To są dość nowe wyceny i myślę, że one powinny uwzględniać także wzrost ewentualnych procedur, które się w tej chwili odbywają, i tego, że one powinny być bardziej wyceniane.

Ale na tym się nie kończy. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sposób ciągły jest w kontakcie ze środowiskiem onkologicznym i proces ustalania taryf odbywa się na bieżąco w sposób ciągły. Prowadzone są analizy kosztów leczenia pacjentów onkologicznych także w programach lekowych oraz prace przygotowawcze do wyceny onkologicznych świadczeń kompleksowych realizowanych w ramach istniejących i planowanych programów opieki kompleksowej. Należy także wspomnieć, że AOTMiT także ciągle pracuje nad finansowaniem diagnostyki patomorfologicznej.

Wszyscy z państwa, szczególnie medycy, doskonale wiedzą, jak ważne jest tutaj dobre rozpoznanie patomorfologiczne. Ono w tej chwili decyduje o ewentualnym procesie leczniczym, który jest wdrażany. W tej chwili onkolodzy starają się dla każdego pacjenta indywidualnie dobierać proces leczniczy, więc diagnostyka patomorfologiczna jest bardzo ważna i kładziemy na nią bardzo duży nacisk. Ale także chcemy w przyszłym roku rozpocząć prace nad tzw. kompleksową opieką onkologiczną, szczególnie właśnie w ginekologii onkologicznej, dotyczące nowotworu złośliwego szyjki macicy, nowotworu złośliwego trzonu macicy oraz nowotworu złośliwego jajnika.

Jeżeli rozmawiamy teraz o drugim temacie, czyli o temacie laktacji, o poradnictwie laktacyjnym, muszę państwu powiedzieć, że do tego tematu przywiązujemy bardzo wielką wagę. Myślę, że rola odżywiania noworodka mlekiem matki jest bardzo ważna. Ten proces rozpoczyna się jeszcze przed urodzeniem dziecka, w czasie kiedy kobieta jest w ciąży i prowadzona jest edukacja przedporodowa na tematy związane właśnie z laktacją. Wiemy, że szczególnie u kobiet, które są w pierwszej ciąży, ta wiedza może nie jest wystarczająca. W czasie ciąży przyszłe matki dostają wielokrotnie informacje na temat, w jaki sposób karmić swoje dziecko, jaka pozycja, przystawianie dziecka

do piersi. Myślę, że ważny jest moment samego porodu, kiedy jest ten bliski kontakt między matką a dzieckiem, czyli „skóra do skóry". Myślę, że pobudzanie impulsów do ssania jest bardzo ważne. Wszyscy wiedzą, jak ważna jest rola mleka kobiecego dla przyszłego młodego człowieka, więc to naprawdę jest bardzo, bardzo ważne. Matka w czasie pobytu na oddziale dostaje jeszcze także informację, w jaki sposób dziecko karmić.

Zapewniamy także sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego. To już będzie obowiązkiem oddziałów od przyszłego roku, tej chwili odziały mogą dostarczać, a od 2022 r. już będą miały taki obowiązek. Zdarza się, że rodzi się wcześniak, czyli nie zawsze biologiczna matka ten pokarm posiada, więc dziecko dostaje mleko z tzw. banku mleka kobiecego. Te banki są się rozwijają, tego mleka zdecydowanie w tych bankach jest dość dużo.

Bardzo ważna jest też oczywiście rola położnej podstawowej opieki zdrowotnej, która w swoich zadaniach ma opiekę i też po prostu doradzanie w karmieniu piersią. Ale nie tylko, bo mówimy także o szczepieniach ochronnych, o badaniach profilaktycznych, tak że jest to ogólna pomoc i ogólna opieka w zakresie pielęgnacji noworodka. Od 2018 r. w ramach lecznictwa szpitalnego na oddziałach o profilu położniczo-ginekologicznym wprowadzono już wymóg prowadzenia edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji oraz obowiązek mierzenia i oceniania wskaźników, czyli liczby noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie. Jednocześnie w ramach środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 zostały opracowane i wydane materiały edukacyjno-promocyjne dotyczące karmienia piersią, które zawierają najistotniejszą wiedzę dotyczącą korzyści związanych z karmieniem piersią, profilaktyki powikłań laktacyjnych i rozwiązywania najczęstszych problemów pojawiających się w okresie laktacji.

Krótko na temat trzeciego tematu, czyli terapii uroginekologicznej. Do naszego wydziału nie wpływały żadne pytania i zapytania, jeżeli chodzi o świadczenia gwarantowane w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że przy rozpoczęciu analiz dotyczących ewentualnego wprowadzenia przedmiotowej porady do wykazu świadczeń gwarantowanych jest konieczne uzyskanie opinii ekspertów czy też samorządów zawodowych, których opinia jest pożądana z uwagi na treść ewentualnej zmiany, w tym uzyskanie informacji dotyczącej wymaganych kwalifikacji fizjoterapeutów do realizacji świadczeń uroginekologicznych. Zatem jeżeli jest taka potrzeba, to oczywiście nad tym się pochylimy.

Panie przewodniczący, prosiłbym jeszcze o udzielenie głosu konsultantowi. Prosiłbym pana konsultanta o przedstawienie tej sprawy.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że jest to uzupełnienie informacji ministra. Pan profesor, proszę uprzejmie. Proszę o zabranie głosu. Bardzo proszę o włączenie mikrofonu.

**Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:**

Panie ministrze, szanowni państwo, może zacznę od…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Panie profesorze, czy można prosić jeszcze przedstawić się do protokołu? Nie wszyscy znają pana profesora.

**Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:**

Krzysztof Czajkowski, jestem specjalistą krajowym w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Panie ministrze, panie profesorze, szanowni państwo, może zacznę od końca. Problem zagadnień związanych z nietrzymaniem moczu jest problemem bardzo złożonym. Jest on troszkę zależny od wieku. Ocenia się, że mniej więcej 30% kobiet po 50. roku życia ma w większym lub mniejszym stopniu problem z nietrzymaniem moczu. Takim specyficznym bardzo okresem, w którym pierwsze objawy mogą się ujawnić, jest ciąża i okres okołoporodowy. Oczywiście, że w tym okresie, jeżeli byłaby dostępność do fizjoterapeutów potrafiących nauczyć pacjentkę ćwiczeń mięśni Kegla, dane naukowe pozwalają sądzić, że ryzyko nietrzymania moczu przynajmniej do wieku menopauzalnego u kobiet wykonujących ćwiczenia mięśni Kegla znacznie się zmniejsza. Są również badania, które wskazują, że ta efektywność utrzymuje się również w wieku pomenopauzalnym.

Problem nietrzymania moczu w ciąży dotyczy kilkunastu procent kobiet i sama ciąża, jak również poród mogą ten proces nasilać. Prowadzę ośrodek, w którym mamy poradnię uroginekologiczną z przynajmniej kilkoma fizjoterapeutami. Wydaje nam się, że to rzeczywiście jest warte tego, żeby to wprowadzić i żeby się opiekować. Jeżeli chodzi o kobiety w wieku okołomenopauzalnym i starsze, to rola fizjoterapeuty już jest znacznie mniejsza, dlatego że tylko w niewielkiej części przypadków dzięki wysiłkowi fizjoterapeuty i pacjentki można zmniejszyć nasilenie nietrzymania moczu, zasadniczo niezbędne jest leczenie operacyjne lub farmakologiczne. Same ćwiczenia są skuteczne tylko na wczesnych etapach.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o endometriozę, to jest to oczywiście bardzo istotny problem. W Polsce rozpoznawanie endometriozy ma miejsce średnio po 5–6 latach, tj. identycznie jak w innych krajach rozwiniętych. To późne rozpoznanie wynika nie z tego, że mamy złą służbę zdrowia, która nie chce się zająć ważnym problemem, tylko z tego, że choroba podlega pewnym ewolucjom i wielokrotnie dopiero na pewnym etapie rozwoju można rzeczywiście postawić diagnozę. Wydaje się słuszne, żeby stworzyć ośrodki, które zajmowałyby się zaawansowanymi przypadkami endometriozy.

Ale tak osobiście uważam, że to trzeba bardzo dobrze opracować, dlatego że bardzo łatwo jest o coś, co można nazwać overtreatment. Ja nie mam osobiście przekonania, czy jeżeli operator, który bardzo wierzy w swoje zdolności operacyjne, zacznie się opiekować pacjentką z endometriozą czwartego stopnia i w wyniku tej operacji ona straci macicę, będzie miała przetokę pęcherzowo-pochwową, będzie miała stomię, to czy ona będzie w sumie wygrana, czy przegrana w wyniku tego procesu. Dlatego uważam, że kluczowe w tej sprawie jest nie tylko powołanie ośrodków, ale pochylenie się nad sposobem kwalifikacji do zaawansowanego leczenia.

Trzeci punkt może zacznę od czegoś, co nie wiem, czy powinienem powiedzieć, czy nie, ale NFZ w ostatnich latach podwyższył stawki za procedury limitowane. Za pierwszym razem – 1,08, a za drugim razem – 1,16. W obu przypadkach nie podwyższono stawek za procedury nielimitowane. Do procedur nielimitowanych, proszę państwa, należy nowotwór i leczenie onkologiczne. Mam nadzieję, że to jest w opracowaniu i że w najbliższym czasie to zostanie uzupełnione, ale na pewno to bardzo ułatwiłoby terapię onkologiczną i opiekę okołoporodową.

My w ogóle mamy olbrzymi problem z personelem szpitalnym, dlatego że w AOS -ie wydaje się, że liczba lekarzy ginekologów-położników jest zupełnie wystarczająca, ale większość lekarzy ginekologów-położników po uzyskaniu specjalizacji w krótkim czasie odchodzi ze szpitala do AOS-u. Wynika to, ogólnie rzecz biorąc, z dwóch powodów. Pierwszy powód to wycena procedur szpitalnych, która nie pozwala dyrektorom na zwiększenie limitu zatrudnienia – oczywiście mogą przyjmować nowych rezydentów. Drugi powód to jest szalona dysproporcja atrakcyjności w stylu pracy i wynagrodzenia w AOS-ie – na korzyść AOS-u.

Jeżeli chodzi o onkologię, to zwracam państwu uwagę, że istnieje specjalizacja onkologii ginekologicznej. Tę specjalizację utworzono specjalnie, żeby zwiększyć szansę kobiet z nowotworami na skuteczne leczenie w zakresie możliwości i uprawnień lekarza ginekologa-onkologa leży nie tylko usunięcie narządu rodnego, węzłów chłonnych, ale również możliwość resekcji jelita, zespoleń jelitowych, usunięcia śledziony czy nawet usunięcia części wątroby, dlatego że proces, szczególnie w zaawansowanych stopniach, wymaga tak szerokich zakresów operacji, żeby przedłużyć tym pacjentkom życie.

To, co jest istotne, a wydaje mi się, że troszeczkę umknęło, to to, że my mamy – to zresztą pan minister zechciał powiedzieć – coraz większy dostęp do nowoczesnych leków. Ta gama leków jest dostępna w Polsce, na pewno w niektórych konkretnych przypadkach przydałoby się poszerzenie możliwości refundacji. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że będziemy otwierali dyskusję. Widzę kolejność zgłoszeń, których jest dużo.

Jestem z wykształcenia ginekologiem i położnikiem, niestety od wielu lat nie praktykuję. To, co pan profesor powiedział, jest rzeczą bardzo istotną. To jest pewnie trend

światowy nie tylko polski, a mianowicie unikanie szpitala przez ginekologów-położników i zajmowanie się pracą w AOS-ie, najlepiej nie w jakiejś gałęzi POZ-etu. Pieniądze te same, stres mniejszy. W Stanach Zjednoczonych bycie położnikiem to jest zawód w zasadzie wysokiego ryzyka, tak jak saper mniej więcej. Sądzę, że biorąc pod uwagę różne doniesienia z tabloidów, w Polsce bywa dość podobnie.

**Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii Krzysztof Czajkowski:**

Panie przewodniczący, my mamy 35% miejsc specjalizacyjnych nieobsadzone w tej dziedzinie.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Będę teraz udzielał głosu. Pan poseł był pierwszy, proszę uprzejmie.

**Poseł Mirosław Suchoń (Polska 2050) – spoza składu Komisji:**

Bardzo uprzejmie dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, pragnę na początku bardzo podziękować zarówno panu posłowi, panu profesorowi Wojciechowi Maksymowiczowi, jak i Komisji oraz prezydium za tak szybkie zwołanie tego posiedzenia, bo rzeczywiście temat związany z poradnictwem laktacyjnym i uroginekologicznym jest niezwykle ważny.

Chcę zaznaczyć, że ta inicjatywa wypłynęła – właśnie tak jak pan profesor Maksymowicz był uprzejmy zauważyć – ze strony obywateli, a konkretnie takiego nieformalnego ruchu społecznego Tulimy Mamy. Również na ręce pana ministra skierował on pismo, w którym wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do tego, aby zarówno poradnictwo laktacyjne, jak i uroginekologiczne było dostępne dla pacjentek w całej Polsce.

Przytoczę może, panie przewodniczący, tylko bardzo krótkie fragmenty, bo wydaje mi się, że temat jest o tyle ważny – i dobrze, że został podniesiony przez grupę społeczną – że warto też powiedzieć i przytoczyć słowa, które skierowano również na to posiedzenie: „Jako kobiety i matki reprezentujemy głos innych kobiet i matek, prosząc o potraktowanie niniejszego zagadnienia priorytetowo i z należytą uwagą. Każdego roku w Polsce rodzi się blisko 400 tys. dzieci, w pierwszych dobach życia mlekiem matki karmionych jest 98%. Niestety procentowy udział dzieci karmionych pokarmem naturalnym w kolejnych miesiącach znacznie spada. Refundacja porad laktacyjnych i umożliwienie w ten sposób tworzenia poradni laktacyjnych w całym kraju jest ważna z wielu powodów, m. in. dzięki temu właśnie może wzrosnąć procent dzieci karmionych piersią". Wszyscy zdajemy sobie sprawę z zalet tej formy tej formy karmienia.

Podobnie ma się sprawa z poradnictwem dotyczącym właśnie porad uroginekologicznych. Bardzo dużo kobiet, jak zresztą pan profesor był uprzejmy wskazać – 30%, a nawet do 50% kobiet, ma tendencję do tego, że te stany patologiczne je dotykają i narastają z wiekiem. Natomiast „Polki przed i po wydaniu dziecka na świat powinny mieć właśnie taką gwarantowaną profilaktykę i diagnostykę fizjoterapii uroginekologicznej, żeby reagować na potencjalną patologię mięśni dna miednicy, a co za tym idzie, wyeliminować w przyszłości uciążliwe i bolesne dysfunkcje, a także kosztowne leczenie chirurgiczne" – tutaj też cytowałem z tego pisma, które panie był uprzejme skierować również na mojej ręce.

Chcę też powiedzieć, że z pewnością na ręce pana ministra trafi zarówno pismo, jak i wiele podpisów, ponieważ jest prowadzona społeczna zbiórka właśnie pod takim wnioskiem do ministerstwa. Wiem, że tych podpisów już jest bardzo dużo, a będzie ich jeszcze więcej. Bardzo się cieszę z tego, że ministerstwo… Ale również ze strony krajowego konsultanta, krajowego specjalisty, pana profesora jest, mam wrażenie, pozytywny oddźwięk w obu tych obszarach.

Jeżeli chodzi o przykłady, które są na całym świecie, to nie musimy daleko sięgać, ponieważ właśnie niedawno uruchomiono takie poradnictwo laktacyjne w Republice Czeskiej. Ono w tej chwili jest w formie pilotażowej, natomiast niedawno w Cieszynie odbyła się debata w tej sprawie. Właśnie te tematy były przedstawiane przez partnerów z Republiki Czeskiej. Tam to się sprawdza. Okazuje się, że porady cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem i pokazują, że kobiety nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, jak również w Polsce potrzebują właśnie takiego wsparcia.

Mam do pana ministra pytania dotyczące tego tematu. Po pierwsze, chodzi o kwestie laktacyjne: czy jest możliwe uruchomienie poradnictwa laktacyjnego nie jako czę-

ści usługi medycznej okołoporodowej, tak to nazwę, tylko w formie poradni, do której mogłaby się zgłosić kobieta potrzebująca takiego wsparcia? Czy to mogłoby być finansowane właśnie w ramach odrębnej usługi?

Drugie pytanie dotyczy poradni uroginekologicznej, ponieważ pan minister był uprzejmy zaprezentować takie stanowisko, że dzisiaj nie ma takiej potrzeby, nie ma sygnału, ale jeżeli pojawia się taka potrzeba, to ministerstwo gotowe jest wdrożyć odpowiednie procedury. Czy możemy dzisiejsze posiedzenie Komisji, które jest właśnie poświęcone temu tematowi, potraktować jako taki sygnał? Tym bardziej że jest zgłoszony przez inicjatywę społeczną Tulimy Mamy, która zbiera pod tym wnioskiem również podpisy? Czy jest możliwe, żeby ministerstwo potraktowało to posiedzenie dzisiejsze jako właśnie taki impuls do tego, żeby ten temat stał się przedmiotem analizy, tak żeby można w przyszłości doprowadzić do uruchomienia poradni w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych?

Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję zarówno ministerstwu, jak i panu przewodniczącemu za życzliwe potraktowanie tego tematu. Za podjęcie tego tematu dziękuję również panu profesorowi Maksymowiczowi. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Troszeczkę proszę o skrócenie, ale wypowiedź była bardzo rzeczowa. Proszę bardzo, pani. Proszę się przedstawić do protokołu.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Ewa Janiuk:**

Ewa Janiuk, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, z zawodu położna. Dodatkowo dodam jeszcze, że także położna podstawowej opieki zdrowotnej.

Chciałabym przede wszystkim odnieść się do dwóch punktów. Jeżeli chodzi o kwestie problemów uroginekologicznych pacjentek, faktycznie problem jest bardzo duży. Od czasu, gdy funkcjonuje, na całe szczęście zresztą, edukacja przedporodowa… Uważam, że jeszcze w zbyt małym zakresie, bo informacja przekazywana kobietom, że mogą z tego korzystać, jest nadal jeszcze zbyt nikła i można by to było bardziej rozwinąć. Niemniej do tej pory, faktycznie napotykając na tego typu problemy już w czasie ciąży i bezpośrednio po porodzie, gdzie położne POZ-etu ten problem obserwują, nie mamy możliwości dalszego odesłania pacjentek. A jest to jednak problem niestety bardzo często spotykany, zwłaszcza jeżeli chodzi o pacjentki po cięciach cesarskich i pacjentki, które są po nacięciu krocza. Zatem z pełną odpowiedzialnością przychylam się do głosu, że jest to faktycznie problem duży i bardzo znaczący.

Jeżeli chodzi o kwestie potrzeby poradnictwa laktacyjnego, chcę przypomnieć, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych systematycznie co pół roku, co rok wysyła prośbę do Ministerstwa Zdrowia, wniosek właśnie o utworzenie porady laktacyjnej. Chciałabym powiedzieć, że jest zasadnicza różnica pomiędzy edukacją związaną z laktacją, dotyczącą edukacji przedporodowej, i tym podstawowym poradnictwem, które prowadzi się podczas standardowej wizyty patronażowej położnej. Dlatego że w pewnym momencie kończą się możliwości najmądrzejszej i najsprawniejszej położnej, ponieważ potrzebne jest to, na co wskazywaliśmy: możliwość przekierowania do pogłębionej diagnostyki, jeżeli problem jest po stronie matki albo po stronie dziecka. Chodzi chociażby o konsultację neurologopedyczną albo fizjoterapeutyczną. Jeżeli mamy dzieci po cięciu, to w dziewięćdziesięciu paru procentach mamy tam problemy związane już z problemami laktacyjnymi.

Wnioskowałyśmy o to, a tak samo... Jest kilka takich problemów laktacyjnych, które wymagają szybkiej interwencji. Oczywiście, jest to zgodne z prawdą, że jest możliwość takiej interwencji w tej chwili, tyle tylko że czas jest na tyle wydłużony, że jeżeli położna ma przekierować do lekarza POZ-etu, lekarz POZ-etu do dalszych instytucji, to ta kobieta z dzieckiem trafi po trzech miesiącach, czyli oznacza to, że w tym tempie laktację mamy już, praktycznie biorąc, zamkniętą i powrotu już po tym problemie nie będzie. Dlatego te propozycje, które zgłaszaliśmy jako Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, są naprawdę bardzo rzeczowo przygotowane i przemyślane. Zresztą właśnie opierają się na przykładach rozwiązań, które już są sprawdzone.

Przypominam, że właśnie położna to jest osoba, która jako jedyna z zawodów medycznych w procesie kształcenia uzyskuje kwalifikacje do prowadzenia poradnictwa laktacyjnego. Natomiast mamy związane ręce w momencie, kiedy występują problemy ponad te najprostsze, z którymi sobie radzimy bezpośrednio w czasie każdej standardowej wizyty. Stąd te propozycje były przez nas przesłane. Stanowczo jednak za mało mamy w tej chwili takich możliwości. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Najpierw pan poseł Wolski, zdaje się.

**Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):**

Tak jak pan przewodniczący Piecha prosił, spróbuję syntetycznie, dlatego nie chcę powtarzać tego, co mówili profesor Maksymowicz, a potem pan profesor Czajkowski. Chcę się ograniczyć do nietrzymania moczu, aczkolwiek fascynujący temat poruszył pan profesor Czajkowski, a mianowicie endometriozy. Endometrioza to jest choroba bardzo poważna, rozpowszechniona, o której się niewiele mówi, niewiele osób, nawet lekarzy niebędących specjalistami wie, jak to jest groźna choroba i bardzo trudna w leczeniu. Ale to już nie będę ciągnął tego ważnego tematu.

Do nietrzymania moczu. Bo pan minister Latos powiedział, że jeżeli chodzi o powiększenie…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam, ministrem nie jest. Pan minister Kraska.

**Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):**

Pan minister Kraska. Przepraszam, bo ja wybiegłem w przyszłość.

Tak że ograniczam się do tego okresu: pan minister Kraska powiedział, że ministerstwo rozważa poszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych o właśnie fizjoterapię uroginekologiczną. Myślę, że dzisiaj nastąpi poważny krok w tę stronę, bo przecież w sposób bardzo przekonujący profesor Czajkowski uzasadnił i poparł ten pomysł. Zrobiła to wiceszefowa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pani Janiuk i inne osoby we wcześniejszych wypowiedziach. Chciałbym też ja, jako internista, a więc niemający z tym bezpośrednio do czynienia, ale wiem, jak to jest rozpowszechniony problem.

Oczywiście wiem też, dlaczego statystyki, czy to są trzy miliony, czy może więcej kobiet, są niepewne – bo jest to choroba jednak wstydliwa. Trudno pacjentce przyznać się do niej komukolwiek. Jak ma, nie wiem, choroby przewodu pokarmowego, chorobę wrzodową dwunastnicy, to wiedzą wszyscy wokół, natomiast nietrzymanie moczu... Trzeba tylko rozważyć tę fizjoterapię, bo na pewno powinna być jako świadczenie gwarantowane w każdym przypadku nietrzymania moczu wysiłkowego. Ale pewnie – i co do tego były wypowiedzi, dlatego nie chcę powtarzać – okołoporodowa, zapewne okołooperacyjna również. I być może również w tzw. pęcherzu moczowym nadreaktywnym czy nadaktywnym, bo to jest kolejne schorzenie, które jest z jednej strony w tym wypadku całkowicie niegroźne, ale bardzo uciążliwe dla kobiet. W tym czasami bardzo kreatywnych, młodych, prowadzących bardzo aktywny tryb życia, które nie mogą przełamać jakieś pewnej bariery, żeby zakładać pieluchomajtki, i swoje życie – towarzyskie, a nawet rodzinne, zawodowe – muszą czasami tak ustawiać, żeby zawsze mieć blisko do ubikacji. Jest to również bardzo uciążliwe dla kobiet, mocno obniżające komfort ich życia…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie pośle, miało być krótko.

**Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):**

Już kończę.

Tu również jest zadanie dla fizjoterapeutów. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Uprzejmie dziękuję. Wiem, że jest jeszcze kilka zgłoszeń. Zgłasza się także pan poseł Rutka. Chciałbym teraz panu posłowi oddać głos, ponieważ pan poseł był jednym z wnioskodawców tematu związanego z endometriozą do planu pracy Komisji. Wydaje mi się,

że skoro spotykamy się w takim gronie, to jest zasadne, żebyśmy o tym teraz od razu też porozmawiali, bo nie ma sensu za dwa tygodnie dublować tej samej sprawy.

Tak że Bardzo proszę, panie pośle. Wyjątkowo pozwólmy na nieco dłuższą wypowiedź. Bardzo proszę, panie pośle.

**Poseł Marek Rutka (Lewica):**

Nie będzie aż taka długa. Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, tak jak pan przewodniczący Latos wspomniał, zajmuję się tematem endometriozy od początku tej kadencji. Stworzyłem, o ile wiem, pierwszy w historii parlamentu Zespół ds. Endometriozy.

Zerknąłem sobie na swoją interpelację z ubiegłego roku i policzyłem średni koszt wykonania zabiegu – to jest kod N80. Przy blisko 4600 pacjentek wychodzi średnio 2173 zł. Jak wiadomo, za te pieniądze za wiele nie da się zrobić. Komercyjna usługa zaczyna się mniej więcej od 10 000 zł – to zależy oczywiście od zakresu – a kończy na 40 000 zł. Stąd moje pytanie: kiedy te wyceny zostaną urealnione? To jest już któryś raz, kiedy zabieram głos w tej sprawie, a jak widać, nic się nie dzieje. Tak samo rozmawialiśmy na jednym z poprzednich posiedzeń Komisji w ubiegłym roku, żeby stworzyć pilotażowy ośrodek do spraw, po pierwsze, diagnostyki, a później, leczenia endometriozy.

Tak jak pan profesor Czajkowski powiedział, to muszą być specjaliści, operatorzy najwyższej klasy. W związku z tym nie da się skutecznego zabiegu chirurgicznego przeprowadzić, z całym szacunkiem, ale w średniej jakości szpitalu powiatowym. I też postulat chociażby jednej z fundacji Pokonać Endometriozę stworzenia jakiegoś narodowego programu do spraw i diagnostyki, i leczenia endometriozy. To tyle na ten temat, ponieważ pan minister Maksymowicz też wiele już powiedział przede mną. Nie chciałbym dublować.

Kolejna rzecz. Jako że rośnie w Polsce średni wiek urodzenia pierwszego dziecka… Dzisiaj kobiety rodzą pierwsze dziecko w wieku 27 lat. Mam akurat taką statystykę, pan profesor mówi, że 30 lat – to jeszcze gorzej. Chodzi mi o kwestię możliwości finansowania testów Nifty. Jak wiemy, one bardzo skutecznie wykrywają ryzyko trisomii, natomiast obecnie jest finansowana aminopunkcja, która jest oczywiście zabiegiem o wiele bardziej inwazyjnym. Chodzi o to, żeby wprowadzić te nowoczesne, nieinwazyjne testy, które mają bardzo wysoką skuteczność. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Hok, proszę.

**Poseł Marek Hok (KO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze… Albo odwrotnie: panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, podobnie jak pan doktor Piecha jestem ginekologiem...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam, kolejność była właściwa, panie pośle. Proszę kontynuować.

**Poseł Marek Hok (KO):**

…również jestem ginekologiem-położnikiem, ale od kilkunastu lat nie praktykuję. Wydawało mi się, że dzisiejszy temat będzie raczej zdominowany przez onkologię ginekologiczną, która jest olbrzymim problem, kłopotem i wyzwaniem dla setek tysięcy pacjentek, jeżeli chodzi o te dolegliwości.

Chciałbym państwu powiedzieć, że według Narodowego Instytutu Onkologii… Dzisiaj mieliśmy takie spotkanie i mówiliśmy o Krajowym Rejestrze Nowotworów. Jest jedno bardzo ważne wynikające z tego spostrzeżenie. Otóż jeżeli chodzi o udział nowotworów ginekologicznych związanych ze zgonami generalnie u kobiet według grupy wieku, to w przedziale 20–44 lata nowotwory ginekologiczne przyczyniają się aż do 43% zgonów u kobiet. To jest więcej, proszę państwa, niż zgonów z powodu układu krążenia, które generalnie w Polsce są jeszcze na pierwszym miejscu, ale choroby onkologiczne bardzo szybko napierają na to pierwsze miejsce niestety. Dlatego też wycena tych procedur ginekologicznych, procedur nielimitowanych w onkologii musi być zmieniona, i to dramatycznie szybko chyba, żeby ten bardzo zły trend zahamować.

Jeżeli chodzi o nietrzymanie moczu, to rzeczywiście to jest problem olbrzymi od wielu, wielu lat. Dotyczy kobiet nie tylko w okresie okołoporodowym i poporodowym, ale przede wszystkim kobiet w okresie okołomenopauzalnym, kiedy jest wiotkość mięśni okolicy krocza. Byłem do tej pory przekonany, że tego typu procedury są przez konsultantów krajowych w danej dziedzinie kierowane do resortu zdrowia, aby znalazły się takie procedury rehabilitacyjne dla tych pacjentek. Bowiem i poradnie nietrzymania moczu, i diagnostyka, i drobne zabiegi od wielu lat są wykonywane w większości ośrodków w Polsce. Myślę, że po tych zabiegach właśnie zabieg fizjoterapeutyczny wykonywany przez dobrze przygotowanych, zorganizowanych fizjoterapeutów byłby kontynuacją tego leczenia, najczęściej operacyjnego, albo ćwiczeń, np. mięśni Kegla, o których mówił też pan profesor.

Poradnie laktacyjne. To też wydawało mi się… Od kilkanastu lat nie jestem w szpitalu, ale za moich jeszcze czasów powstawały poradnie laktacyjne przy każdym szpitalu, przy każdym oddziale. Już w okresie szkoły rodzenia pacjentki były przygotowywane, jak ten problem powinien być traktowany. Po porodzie również położne, o których zresztą pani mówiła, przygotowane do tego doskonale, przekazywały informacje i wiedzę. W szpitalach, które były zorganizowane w sposób prawidłowy, były poradnie laktacyjne. Co prawda nie ma tej procedury w Narodowym Funduszu Zdrowia, ale one funkcjonowały. Dlatego też ze zdziwieniem, powiem szczerze, przyjmuję, że problem poradni laktacyjnych przez tyle lat nie został oficjalnie systemowo zorganizowany. Na pewno do tego należy dążyć.

Jeszcze raz na końcu chciałbym tylko powiedzieć: onkologia ginekologiczna jest olbrzymim wyzwaniem, to jest temat, który spędza sen z powiek. Dzisiaj mieliśmy posiedzenie Zespołu Parlamentarnego ds. Onkologii, mówiliśmy o raku piersi, bo ten miesiąc jest miesiącem wiedzy o raku piersi. Podkomisja stała do spraw onkologii dzisiaj też chyba na ten temat rozmawiała. Wszystko, dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, Wysoka Izbo, to dobrze, że taki temat został podjęty. Gratulacje, że wreszcie dyskutujemy profesjonalnie i bez jakichś uszczypliwości. To jest dobry prognostyk, bo mówimy o rzeczach poważnych i bardzo ważnych.

Teraz chciałbym poruszyć tylko kilka kwestii bardzo krótko. Po pierwsze, chciałbym, żeby dzisiaj wybrzmiało wyraźnie, co jest największym wrogiem raka: świadomość, wczesna wykrywalność. To jest najpotężniejsza broń przeciwko rakowi: wczesne wykrywanie. „Mam haka na raka” – to jest właśnie to, że mamy świadomość, że wczesne wykrywanie jest największą bronią, a musimy też wiedzieć, że „rak to nie wyrok”.

Profilaktyka, proszę państwa. Oczywiście jest kwestia profilaktyki, powiedziałbym, wtórnej. Ale pytanie do pana ministra, czy prowadzimy albo chcemy prowadzić… Czy będziemy mieli też w jakimś momencie testy w aspekcie mutacji BRCA, a więc mutacji genu? Wiadomo, że są badania przesiewowe, USG, cytologia itd. Wiadomo bowiem, że ta mutacja genów przysposabia do raków ginekologii. I HPV, tak? Szczepienie HPV. Mamy program pilotażowy oczywiście dziewczynek i potem w drugim terminie chłopców. Wiadomo, brodawczak ludzki. Praktycznie 80%, a nawet do 100% zarażeń brodawczakiem jest rak szyjki macicy – to jest bardzo poważna kwestia.

Trzecia kwestia to terapia. Narodowa strategia onkologiczna jest opracowywana, zdaję sobie sprawę, że w narodowej strategii onkologicznej jest poruszona i wyłożona kwestia onkologii. Apeluję i dziękuję za tę kwestię.

Czwarta: leki innowacyjne. Oczywiście, pamiętamy, trzy lata temu Olaparib, a więc walka o leki innowacyjne w raku jajnika dla znanej naszej artystki estradowej. To jest kwestia właśnie tego, o czym nawet pan profesor powiedział, że wydaje się troszeczkę, że te leki innowacyjne i refundacja tych leków w naszym kraju powinna być bardziej rozszerzona i bardziej promowana. Tylko tyle. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł Zawisza, proszę.

**Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):**

Szanowny panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, bardzo się cieszę, że omawiamy kwestie nowotworów ginekologicznych, bo na ten temat z ministerstwem rozmawiamy sobie przez interpelacje już od dłuższego czasu.

Z odpowiedzi na te interpelacje wynika, że sytuacja kobiet z nowotworami jest kiepska. Mamy z powodu pandemii do czynienia z zaległościami w badaniach profilaktycznych. 200 tys. kobiet zaginęło: nie wykonało mammografii, do dziś nie nadrobiliśmy tej dziury. Podobne zjawisko mamy w przypadku cytologii. Trzeba powiedzieć wprost, że czekają nas skutki ubytków w profilaktyce: bardziej zaawansowane nowotwory piersi, jajnika, szyjki macicy.

Oczywiście zgadzam się z tym, że nowotwór to nie wyrok. Szczerze? Jestem tego dobrym przykładem, bo miałam dwukrotnie nowotwór złośliwy. W odpowiednim momencie wykryty jest uleczalny, da się to naprawdę zrobić przy dzisiejszym stanie medycyny. Tylko tutaj ta profilaktyka jest kluczowa. Ministerstwo wskazuje w odpowiedziach, że przyczyną tego stanu rzeczy jest pandemia i że rząd nie miał na to wpływu. Oczywiście jest to prawda, że pandemia bardzo wpłynęła, ale są jednak takie rzeczy, na które ministerstwo mogło wpłynąć i na razie nie wpłynęło.

Jest to sprawa centrów kompetencji nowotworów ginekologicznych. W początkach roku ministerstwo odpowiedziało, że będzie to realizowane w drugiej połowie 2021 r., wciąż czekamy. Trochę niepokoi mnie fakt, że w informacji usłyszeliśmy, że te prace jednak odbędą się w czwartym kwartale za rok. Więc mam pytanie: chciałabym się dowiedzieć, jak to w końcu jest z tymi unitami ginekologicznymi, kiedy się ich spodziewać? Potrzeba jest naprawdę pilna. Wydaje mi się, że kwestia czasu jest kluczowa. Chciałabym się dowiedzieć, skąd wynika ewentualnie to odłożenie w czasie tego na przyszły rok?

W sprawie poradni laktacyjnych i leczenia nietrzymania moczu naprawdę nie będę powtarzać tych rzeczy, które padały. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jedną rzecz. Już trochę padł ten argument, ja go pociągnę dalej. Jest oczywiście ścieżka dotarcia do poradni laktacyjnej, jest ona bardzo długa i bardzo skomplikowana. Alternatywą jest skorzystanie prywatne z poradni laktacyjnej, kosztuje to ponad 200 zł. Jest to dostępne w dużych miastach, nie we wszystkich miastach. Poradnie laktacyjne są przy większych szpitalach z wyższym stopniem referencyjności, nie we wszystkich szpitalach. Teraz problem jest następujący: tak naprawdę mamy znowu do czynienia z tym, że coś jest dostępne dla kobiet, które mogą sobie na to pozwolić finansowo, które mieszkają w większych miastach, które mają po prostu dostęp do tego zasobu, a nie jest to dostępne dla kobiet z mniejszych miejscowości.

Oczywiście, i edukacja przed porodem, i edukacja na oddziale położniczym już w momencie pojawienia się młodego człowieka na świecie oraz wizyty patronażowe położnej służą temu, żeby wspomóc laktację, ale nie oszukujmy się, bardzo wiele kobiet rezygnuje z karmienia piersią, ponieważ po prostu nie potrafi przystawić dziecka, bardzo je to stresuje, bolą je piersi w sytuacji, w której karmienie naprawdę nie powinny boleć. W związku z tym, że nie potrafią przystawić dziecka, rezygnują i przestawiają się na mieszankę. Jeżeli to jest ich decyzja, że chcą karmić mlekiem modyfikowanym, to oczywiście powinno być to możliwe. Ale my powinniśmy jako państwo zrobić wszystko, żeby te kobiety, które chcą karmić piersią, mogły to po prostu zrobić.

Zatem mam takie pytanie: kiedy te poradnie laktacyjne zostaną uwzględnione w standardzie opieki okołoporodowej? Kiedy wizyty w poradniach laktacyjnych będą gwarantowane dla tych kobiet, które chcą karmić piersią, tak żeby mogły przez pierwsze trzy miesiące korzystać z takich poradni w zasadzie w każdej chwili, w której potrzebują? Ponieważ z tego, co wynika z badań, te trzy miesiące to jest właśnie ten okres, kiedy kobiety podejmują decyzję o tym, czy dalej karmią piersią, czy po prostu rezygnują ze względu na pojawiające się trudności. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Widziałem zgłoszenia zaproszonych gości. Bardzo proszę.

**Doradca prezesa Krajowej Izby Fizjoterapeutów w zakresie fizjote-rapii urologicznej, ginekologicznej i proktologicznej Bartłomiej Burzyński:**

Panie przewodniczący, panie ministrze, nazywam się Bartłomiej Burzyński, jestem doradcą prezesa Krajowej Izby Fizjoterapeutów do spraw fizjoterapii uroginekologicznej urologicznej i proktologicznej. Na co dzień jestem adiunktem badawczo-dydaktycznym katedry Kliniki Rehabilitacji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Natomiast co istotne, jestem fizjoterapeutą, który ma 16-letnie doświadczenie w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej. Doskonale pamiętam, jak początek tej pracy był trudny i ciężki...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Momencik, przepraszam. Szanowni państwo, bardzo proszę, niektóre osoby wstały, rozmawiają. Bardzo proszę, nie przeszkadzajmy panu. Zrobił się duży szum. Bardzo proszę. Proszę kontynuować.

**Doradca prezesa KRF Bartłomiej Burzyński:**

Jest mi niezmiernie miło, że dzisiaj wybrzmiało bardzo dużo dobrych rzeczy na temat fizjoterapii uroginekologicznej. Chciałbym tylko nadmienić, że to, czy ona będzie skuteczna, czy też nie, będzie zależało od odpowiedniej kwalifikacji pacjentki, bo czym innym jest postępowanie z pacjentką świeżo po porodzie, czyli fizjoterapia okołoporodowa, a inny cel będzie miała fizjoterapia u pacjentki starszej i takiej, która będzie miała chociażby trzeci stopień nietrzymania moczu według Stameya. Ona będzie tak naprawdę przez fizjoterapeutę przygotowywana do zabiegu operacyjnego, ale sukces tego zabiegu operacyjnego to nie tylko doskonała ręka i doświadczenie operatora, ale również przygotowanie tej pacjentki przez fizjoterapeutę.

My jako Krajowa Izba Fizjoterapeutów jesteśmy gotowi przedstawić gotowe procedury diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej. Być może jest to też moment dzisiaj, żeby pochylić się nad kształceniem fizjoterapeutów, ponieważ nasza specjalizacja jest ogólna. Fizjoterapeuta po pięcioletnich studiach, jako magister fizjoterapii, robi specjalizację jednolitą czteroletnią, ona nie jest kierunkowa. Być może dzisiaj to jest dobry moment, żeby podyskutować na temat fizjoterapii, tej specjalizacji kierunkowej. Ponieważ jeśli mówimy o fizjoterapeutach uroginekologicznych, to musimy mieć odpowiednią kadrę z dużymi kompetencjami w tym zakresie. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie, czy ktoś jeszcze chciałby z państwa zabrać głos? Widzę jeszcze trzy zgłoszenia zaproszonych gości, proszę uprzejmie.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Włodzimierz Sawicki:**

Dzień dobry, państwu. Panie przewodniczący, panie ministrze, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Włodzimierz Sawicki. Chciałbym zabrać głos i powiedzieć, że ta dyskusja trwa i jest gorąca. Część z tych elementów, o których mówi pan minister Maksymowicz, już jest w realizacji, z tego co wiem, zgodnie z narodową strategią onkologiczną.

Naszym głównym problemem jest decentralizacja leczenia onkologicznego, to leczenie jest bardzo rozproszone. Pakiet onkologiczny poza tymi wspaniałymi osiągnięciami i rzeczami, które przyniósł, przyniósł również dość dużą dezorganizację leczenia, mianowicie rozproszenie tego leczenia. Pacjentki są rozrzucone i właściwie na własną rękę poszukują ośrodków, które by leczyły. Jest pogoń za procedurą M11, 16 tysięcy… Szpitale nieprzygotowane często do leczenia tychże chorych biorą się za to leczenie. To oczywiście na samym starcie, mówimy o raku jajnika, pociąga utratę możliwości dobrego wyleczenia, bo wiadomo, że pierwotna operacja czy pierwotne postępowanie w przypadku raka jajnika odgrywa kluczową rolę w dalszych losach pacjentki.

Myślę, że przyczyną tych niepowodzeń jest również fakt, że te procedury, mimo że wysoko wyceniane, są jednak za niskie w stosunku do tych pacjentek. Pamiętajmy, że pacjentki z rakiem jajnika to są pacjentki starsze, z wielochorobowością, obarczone innymi chorobami. Żeby doprowadzić taką pacjentkę na salę operacyjną, musi ona przejść szereg konsultacji, leczenia i przygotowania, co to jest oczywiście bardzo kosztochłonne.

Natomiast sama wycena procedury w przypadku najczęściej procedur cytoredukcyjnych wielonarządowych jest zbyt niska.

Propozycja nadzoru krajowego od pana profesora Bidzińskiego, który jest krajowym konsultantem, została złożona w pierwszym kwartale na ręce ministra. Jest też propozycja, żeby tę procedurę wycenić adekwatnie do wykonywanych resekcji, czyli np. jeżeli resekcja jelita, to 40 plus ta wycena, jeżeli śledziona – 20 i tak dalej. To z jednej strony pozwoli na większą motywację do dotykania tych operacji, z drugiej strony zapewni jednak prawidłową wycenę i prawidłowe koszty tego leczenia.

Drugim elementem, o którym bardzo krótko chcę powiedzieć, który również dezorganizuje nasze leczenie, jest brak akredytacji pracowni patomorfologicznych, co jest niezwykle istotne w prawidłowym ustaleniu diagnozy, a to pociąga za sobą odpowiednie dalsze leczenie uzupełniające w przypadku raków ginekologicznych. Tak właśnie jest najczęściej, że rozpoznajemy raka w wysokim stopniu zaawansowania i oczywiście pacjentka wymaga potem uzupełniającego leczenia. Zatem akredytacja pracowni patomorfologicznych, skrócenie czasu oczekiwania na wynik histopatologiczny, który jest w przypadku niektórych pracowni sięga nawet dwóch miesięcy, co oczywiście jest ogromną stratą dla całkowitego czy prawidłowego leczenia.

Wreszcie, trzeci element, który wiąże się z dwoma poprzednimi, a mianowicie centralizacja diagnostyki i leczenia onkologicznego musi pociągać za sobą również stworzenie takich centrów czy ośrodków, które będą koordynowały ten proces diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjny, bo pamiętajmy, że pacjentka po operacji musi potem wrócić do życia, ona musi wrócić do aktywności zawodowej. Wymagana jest rehabilitacja. Brak jest ośrodków, które spełniałyby te wymogi.

Tak na marginesie mówiliśmy jeszcze o endometriozie. Oczywiście wycena operacji, jeśli chodzi o endometriozę, jest bardzo… Te zabiegi są bardzo kosztochłonne. Ale pamiętajmy, że dotyczy to tylko endometriozy czwartego stopnia. Te wielonarządowe resekcje dotyczą endometriozy czwartego stopnia, bardzo zaawansowanej. Natomiast pierwsze trzy stopnie w zasadzie leczy się tak jak normalne zmiany w przypadku jajnika czy w obrębie narządu płciowego. Również warto zwrócić uwagę, że na podłożu endometriozy również może powstać rak jasnokomórkowy, w sytuacji jakiejś konstelacji genetycznej u danej pacjentki. Zatem endometrioza jako choroba onkologiczna również powinna być brana pod uwagę.

Już na koniec mowa była o innowacyjnym leczeniu, o lekach molekularnych. Pragnę państwu powiedzieć, że od maja jest refundowany właśnie ten Olaparib, o którym mówił pan przewodniczący w aspekcie naszej artystki. I w pierwszej, i w drugiej linii leczenia teraz trwają prace, żeby również w pierwszej linii leczenia mógł być zastosowany inny lek z grupy inhibitorów PARP, ale już bez pacjentek z mutacją BRCA1 i BRCA2. To jest to zadanie, które jest i które stawiamy przed towarzystwem i przed całym środowiskiem ginekologów-onkologów w Polsce. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo panu profesorowi nie tylko za przedstawienia swojego stanowiska, ale również odniesienie się do tych głosów, które padły w dyskusji, za niezwykle ważne doprecyzowanie. Mam też prośbę i propozycję, że jeżeli jeszcze w ramach tych pytań, które zadawali posłowie, jeszcze byłoby coś, co pan chciałby uzupełnić i wesprzeć odpowiedź pana ministra, to też chętnie panu udzielimy głosu. Bardzo proszę, kolejne zgłoszenia. Proszę bardzo.

**Lekarz kierujący Oddziałem Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego im. św. Rodziny w Warszawie Andrzej Czubalski:**

Dzień dobry. Szanowny panie ministrze, szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, Andrzej Czubalski, mam przyjemność kierować oddziałem ginekologii i ginekologii onkologicznej w Szpitalu Świętej Rodziny.

Mówiliśmy wiele rzeczy takich ogólnych, natomiast chciałbym przedstawić realny problem dotyczący wielu szpitali, że w tej chwili z racji niedoszacowania procedur zarówno z ginekologii onkologicznej i ginekologii, jak i częściowo z położnictwa wiele szpitali, w tym również ten, w którym mam przyjemność pracować, jest na granicy wydolności

kadrowej. Następuje stały odpływ kadry anestezjologicznej i anestetyczek, instrumentariuszek, a ostatnio dotyczy to lekarzy, w tym również lekarzy ginekologów-onkologów. Niestety coraz częściej ten problem możliwości rozpoczęcia leczenia leży po stronie niewydolności systemowej szpitali, które bazują na refundacji według tych procedur, które są wycenione z NFZ-etu.

Rzeczywiście czasami robimy resekcje wielonarządowe. Tak jak pan profesor Sawicki wspomniał, jest niemożliwość zsumowania resekcji wątroby, śledziony, idzie to z M11 za te 16 tys. Podobnie endometrioza w pewnym sensie jest podobna do leczenia onkologicznego. Nie ma w zasadzie żadnej procedury, żebyśmy mogli ją zrobić. Mając doświadczenie z rozsianymi procesami nowotworowymi, możemy to oferować pacjentkom w tej chwili. Z przyczyn ekonomicznych praktycznie jest to niemożliwe, te pacjentki są gdzieś w dalszej kolejności rozważane. W związku z tym, tak jak mówię, ten problem naprawdę w tej chwili istnieje i coraz częściej szpitale mają problemy kadrowe na skutek niedofinansowania tychże procedur.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze jeden głos, bardzo proszę.

**Ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:**

Uprzejmie dziękuję, panie przewodniczący. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Wielokrotnie podczas dzisiejszej dyskusji poszczególne środowiska czy przedstawiciele poszczególnych środowisk…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam, proszę przedmówcę o wyłączenie mikrofonu. O, świetnie. Dziękuję.

**Ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:**

Wielokrotnie podczas dzisiejszej debaty padały oczekiwania czy propozycje dotyczące zmiany wyceny świadczeń, uzupełnienia koszyka świadczeń gwarantowanych czy też innych modyfikacji, w których zgodnie z polskim porządkiem prawnym niezbędny jest udział Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Mają coraz więcej obowiązków z powodu inicjatyw rządowych i kolejnych nowelizacji ustawy o świadczeniach. Kolejne kompetencje trafiają do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zwracam jednak uwagę państwa posłów, bo też do państwa chciałbym się zwrócić, że w ustawie o świadczeniach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest w zasadzie jedyną instytucją, która ma twarde ograniczenie budżetowe, jeżeli chodzi o wynagrodzenia. Po prostu w 2016 r. postanowiono czy też uznano, że dobrym pomysłem jest niedoprowadzenie do tego, żeby koszty funkcjonowania agencji za bardzo wzrosły, co było spowodowane m.in. tym, że jest ona finansowana w części z odpisu z Narodowego Funduszu Zdrowia. Może to było wcześniej, bo akurat ten wątek przewijał się wielokrotnie na posiedzeniach, które pamiętam.

Chciałbym zapowiedzieć, że jako Federacja Przedsiębiorców Polskich, reprezentatywna organizacja pracodawców, będziemy wnioskować do pana ministra i do państwa o to, żeby znieść te ograniczenia albo żeby uległy modyfikacji te wartości, które są określone w ustawie. Jesteśmy bowiem głęboko przekonani, i jest to poparte też rozmowami – przepraszam, że to powiem, ale nieformalnymi – z przedstawicielami tych instytucji, że realizacja tych wszystkich zadań najzwyczajniej w świecie w tym budżecie jest bardzo ograniczona. Zdając sobie sprawę z tego, że nie cieszy się akceptacją społeczną pompowanie kosztów administracyjnych, my jako Federacja Przedsiębiorców, ale mam nadzieję, że więcej środowisk, będziemy zwracać się do państwa i do pana ministra z prośbą, żeby podczas jednej z kolejnych nowelizacji ustawy o świadczeniach zmienić ten przepis. Dlatego że te wszystkie słuszne postulaty w pewnym momencie mogą natrafić na przeszkodę czysto ludzką po prostu: nie będzie komu wykonać tej pracy niezbędnej do tego, żeby te zmiany przygotować, policzyć i wprowadzić. Uprzejmie dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Na koniec ja również zabiorę krótko głos. Muszę powiedzieć, że bardzo interesujący i niespodziewany był ten ostatni głos, myślę, że warty zapamiętania przez nas wszystkich, bo jest dokładnie tak, jak pan prezes powiedział. Jak jest dyskusja

na temat funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, środków finansowych, które są dzielone z tego funduszu, to zawsze te koszty są tak naprawdę minimalne. Mimo że obiektywnie możemy oczywiście różnie oceniać fundusz, to jest nasze prawo. Jednak obiektywnie można powiedzieć… Widzę też jeszcze pana prezesa Sośnierza, który kiedyś kierował funduszem. Jak porównujemy się z innymi krajami, to one są naprawdę niewielkie. Dotyczy to zarówno funduszu, który też ma coraz więcej zadań, jak i innych, m. in. agencji.

Szanowni państwo, porządkując teraz pewne rzeczy, coraz częściej pojawiają się postulaty dotyczące urealnienia wyceny procedur. Powiedzmy sobie też jasno, to jest…. Dzisiaj mówimy o ginekologii. Pewnie moglibyśmy mówić o różnych innych dziedzinach i generalnie spojrzenie byłoby pewnie dość podobne. Są procedury w różnych dziedzinach, o których można śmiało powiedzieć, że są nawet przeszacowane. Jest też wiele procedur, które są niedoszacowane. Myślę, że powinniśmy wszyscy w Komisji Zdrowia mieć świadomość, że jest to tak naprawdę gigantyczna praca, na pewno nieobliczona na parę miesięcy. To jest naprawdę bardzo dużo zadanie, jeżeli to ma być zrobione bardzo porządnie. Mamy wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB, za chwilę do 7% PKB, więc można powiedzieć, że kiedy jak nie teraz próbować się z tym zmierzyć – nawet jeżeli perspektywa dochodzenia do tego urealnienia będzie nie taka bardzo krótka, jak oczekiwaliby wszyscy. Chodzi o to, żeby to po prostu było, jeżeli to ma być zrobione porządnie. Oczywiście rola agencji w tym wszystkim będzie bardzo ważna, więc postulat pana jest jak najbardziej uzasadniony.

Co do tej tematyki, to chciałbym też podziękować za wywołanie tego tematu, bo on jest niewątpliwie ważny i wzbogaca też to, co mieliśmy w planie pracy. Zresztą jak rozmawiałem z panem posłem Rutką, to też przekonywałem, że mówienie wyłącznie o endometriozie na całym posiedzeniu Komisji trochę byłoby... Szkoda byłoby całego posiedzenia Komisji, żeby tylko wąską dziedziną się zająć, więc możemy zająć się całą ginekologią, z większym naciskiem na ginekologię onkologiczną. I bardzo dobrze. Dziękuję za to dzisiejsze posiedzenie Komisji.

Natomiast miejmy świadomość bardzo różnych problemów i zadań, które są przed nami, które się również czasami częściowo wykluczają. Ponieważ z jednej strony, o czym mówiliśmy na posiedzeniach Komisji Zdrowia, nie chcemy, żeby położnictwo funkcjonowało w każdym maleńkim szpitalu, gdzie jest np. jeden dziennie poród. Była co do tego zgoda między nami, właściwie ponad podziałami politycznymi, że to jest również dla dobra pacjentek i należy to tak traktować. Oczywiście, najczęściej funkcjonują te oddziały jako ginekologiczno-położnicze. A z drugiej strony pojawiają się tutaj też, skądinąd słuszne, postulaty, żeby ta dostępność była możliwie jak najlepsza. To jest pewne pytanie w moim przekonaniu otwarte, jak pogodzić te dwie sprawy, aby dostępność dla pacjentek była możliwie jak najszersza.

Jeżeli chodzi o laktację, nie wiem, jak to bywa w różnych częściach Polski, ale w moim przekonaniu poradnie laktacyjne, niezależnie od braku kontraktu, funkcjonują, bo jeżeli są dobrze zorganizowane ginekologia i położnictwo, to jest to i powinno być w jakim sensie integralnym elementem całego systemu.

A z kolei co do poszukiwania oszczędności to myślę, że to jest kwestia pewnej też strategii lokalnej. Mówię o moim osobistym odczuciu à propos przedostatniego głosu, który państwo zabieraliście – pan doktor, pan ordynator o tym mówił. Tak jak mówiłem o tych pomysłach i zastanawianiach się organów założycielskich, o ile tam, gdzie jest jeden poród dziennie, to rzeczywiście nie ma uzasadnienia, skoro 30 km dalej jest szpital, który to może realizować w pełni i jeszcze z lepszą obstawą, najlepiej mając przy okazji neonatologię, o tyle w dużym mieście, takim jak Warszawa, to ja osobiście nie mam wątpliwości, że jest potrzeba, żeby niezależnie od poziomu wyceny utrzymać ginekologię i położnictwo.

Mamy taką sytuację, że z jednej strony jest kwestia, jak rozumiem, apelu do płatnika, żeby jak najszybciej zajął się kwestią wyceny, a z drugiej apelu do dyrekcji, organu założycielskiego, żeby jednak podszedł przez pryzmat pewnej służebności wobec mieszkańców. Nie wszystko, co realizują samorządy – moglibyśmy podać różne przykłady spoza medycyny – ma przynosić zysk, tylko to jest pewne działanie samorządu na rzecz miesz-

kańców. W jakimś sensie mamy do czynienia też z czymś podobnym, co oczywiście nie znaczy, że nie należy zabiegać o to, żeby kontrakt był z każdym rokiem lepszy i żeby się poprawiał.

W takim razie, szanowni państwo, dziękując za te wszystkie wystąpienia, bo one były bardzo merytoryczne… Jak rozumiem, jeszcze przedstawiciel wnioskodawców na koniec chciałby… A przepraszam...

**Poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Pan minister.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Pan minister oczywiście odpowie za to. To jest oczywista sprawa. W ogóle sobie nie wyobrażam, żeby pan minister nie odpowiedział. Po prostu traktuję mój głos jako ostatni w dyskusji. Widać nie ostatni, bo jeszcze nie widziałem, że pan przewodniczący, a potem przedstawiciel wnioskodawców.

Tak że bardzo proszę, pan przewodniczący Piecha, ginekolog-położnik, a więc osoba doskonale wiedząca, co w tej sprawie należy myśleć i powiedzieć. Proszę.

**Poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Co myśleć, to ja wiem, a co zrobić – to już jest gorsza sprawa, bo takie rozwiązania są bardzo trudne. Otóż ja konstatuję, że jeżeli chodzi o moje czterdziestoparoletnie doświadczenie z ginekologią i położnictwem, to główne problemy: onkologiczne, endometrioza, nietrzymanie moczu wcale się nie zmieniły. One są ponadczasowe, ponieważ ponadczasowy jest problem. Zwłaszcza jeżeli chodzi o onkologię jajnika, zwłaszcza jeżeli chodzi o endometriozę czy zwłaszcza jeżeli chodzi o problem bardzo szeroki i społecznie ważny, tj. nietrzymanie moczu. Bo te rozwiązania też nie są proste. Rozumiem, że zostały zaproponowane trzy bardzo ważne aspekty. Pan minister się pewnie do tego odniesie i bardzo bym o to prosił.

Pierwszy aspekt dotyczy tego, jak doprowadzić do rzetelnej wyceny określonych świadczeń, zwłaszcza świadczeń, które wymagają odpowiednich nakładów. Jak zapobiegać kombinowaniu przez różne służby medyczne, jak dostarczyć kody, żeby się to opłaciło. Tak, panie doktorze? Tak. Ja bym tego nie chciał. Rozumiem, że w związku z tym jest sprawa, że jednak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, podobnie agencje HTA, muszą koordynować te swoje zadania. Trzeba ją wzmocnić finansowo, ponieważ z tym problemem będziemy się zawsze borykać. Zawsze będą się pojawiać nowe technologie, które będą oczekiwane i będą służyć pacjentom czy pacjentkom.

Druga sprawa to są sprawy organizacyjne i kwestia koordynowanej opieki onkologicznej. Nie poradzimy sobie w żadnym przypadku, jeżeli chodzi o sprawy raka jajnika w dokładnych wynikach, jeżeli ta opieka nie będzie skoordynowana i nie będzie skoncentrowana w ośrodkach specjalistycznych. Wiem, jak było, wiem, jakie były ambicje lekarzy. Każdy chciał robić Wertheima-Meigsa swego czasu, niewielu to umiało. To jest jedna rzecz i wiem, jakie było oburzenie, jeżeli jakiemuś szpitalowi, i to nawet dużemu, zabierało się możliwość takiej operacji, bo dla każdego ginekologa w tamtych czasach, pewnie dzisiaj się to trochę zmieniło, była to taka korona królewska chirurga ginekologicznego.

Apeluję o to, żeby jednak tę koordynację wprowadzić i pewne świadczenia wysokospecjalistyczne koordynować i kierować do tych oddziałów, które mają doświadczenie, mają kadry. W związku z tym to jest warunek sine qua non, czyli koordynowana opieka onkologiczna, zwłaszcza jeżeli chodzi o tak potwornego raka, jakim jest rak jajnika, musi być zrobiona. Oczywiście sprawy endometriozy… I tu też trzeba do tego dążyć. Ta endometrioza wielu zaskakuje i wydaje mi się, że trzeba jednak doskonale umieć ją zdiagnozować, żeby skierować ją do odpowiedniego ośrodka, bo czasami przy prostej laparotomii okazuje się, że chirurg-ginekolog jest już bezradny, bo może tylko i wyłącznie pogorszyć zamiast poprawić sytuację.

Trzecia sprawa to są oczywiście działania dotyczące bardziej powszechnych rzeczy, wręcz profilaktyki – to jest kwestia laktacji. Poradnictwo laktacyjne nie jest najgorzej zorganizowane, chociażby są szkoły rodzenia, opieka przedporodowa i poporodowa istnieją. Położne robią to nieźle, robią to nieźle oddziały, ale brakuje diagnostyki tych

zaburzeń, które laktację utrudniają. Wtedy trzeba szukać pomocy specjalistów. Od tego może być poradnia laktacyjna, bo sądzę, że położna, a znam wiele położnych, doskonale sobie radzą z tą laktacją przedporodową, okołoporodową czy poporodową, tą wczesną – chyba że dochodzi do poważnych zaburzeń natury psychicznej, mentalnej, bo takie też są, i natury oczywiście organicznej.

Ostatnia sprawa to byłaby sprawa fizjoterapii do leczenia nietrzymania moczu. Przypomnę, że nietrzymanie moczu to nie tylko problem ginekologiczny, to jest problem powszechny. Jak tu siedzimy, to część panów ma problemy z nietrzymaniem moczu. Przykro mi to stwierdzić, nikt się do tego nie przyzna, nawet ja, bo to jest bardzo wstydliw. Ale skoro w pewnym wieku mamy określone problemy z pewnym gruczołem i z pewnym brakiem powszechnym u mężczyzn, to muszą się pojawiać kwestie związane z zaburzeniami mikcji itd. Nie wiem, jak są wykształceni fizjoterapeuci w tym zakresie, ale też wiem, że sam fizjoterapeuta tego nie załatwi, ponieważ to są niestety bardzo żmudne ćwiczenia i porady, które muszą być systematycznie realizowane, bo inaczej po tygodniowych zabiegach czy 10-dniowych kursach fizjoterapeutycznych, jeżeli pacjentka tego nie będzie kontynuować, to sprawa jest i tak przesądzona. Jak to zorganizować? Nie wiem, ale jest to problem. Pewnie również pewnej świadomości lekarzy ginekologów, że muszą na to zwracać uwagę. Gdyby była jedna najlepsza metoda leczenia nietrzymania moczu, pewno nie byłoby ich tysiąc. I każda ma jakiś tam swój kiepski wynik.

Zatem myślę, że wycena to jest pierwsza sprawa, druga to jest opieka koordynowana, jeżeli chodzi o onkologię, w tym problem endometriozy, o którym mówił pan poseł Wolski. Ona również powinna się w to gdzieś wkraść, bo ta endometrioza potrafi być strasznie niszcząca organizm, okaleczająca, co tu dużo mówić. Może nie tak jak rak jajnika, bo nie prowadzi tak szybko do zgonu, ale jest tak uciążliwa, że nawet sobie tego nie wyobrażam, jak to może być przeżycie z przetokami itd. I oczywiście trzecia sprawa, którą jest wypracowanie pewnych metod dotyczących diagnostyki. Chodzi zarówno o diagnostykę laktacji, a potem profesjonalną poradnię laktacyjną, jak i sprawę dotyczącą kwestii fizjoterapeuty. Bez prawidłowej diagnostyki przyczyn nietrzymania moczu i tego, co trzeba zrobić, żaden fizjoterapeuta się z tym nie zmierzy. Zgadza się z tym pan, panie doktorze? Musi być bardzo szeroka diagnostyka. I wyspecjalizowane kadry.

Co do specjalistów fizjoterapeutów w dookreślonych metodach, to mamy do czynienia z powszechną w świecie specjalizacją i dzisiaj, nad czym boleję, jest coraz mniej lekarzy, którzy patrzą na pacjenta holistycznie. Każdy widzi swoją działkę i próbuje w nią uciekać. Mam nadzieję, że jednak to holistyczne widzenie całego organizmu ludzkiego przez fizjoterapeuty jest bardzo ważne, a podspecjalizacja, a nie specjalizacja na tym wcześniejszym poziomie to jest chyba prawidłowe rozwiązanie. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Jest jeszcze jedna sprawa, o której zapomniałem, o której mówił pan przewodniczący Hoc.

Prawda jest taka, że wszystko zaczyna się od profilaktyki, od właściwego podejścia. Tak patrząc na nas tu obecnych, ciekaw jestem, czy my wszyscy, przecież z dużo większą świadomością niż przeciętna, rzeczywiście potrafimy korzystać z różnych programów profilaktycznych? Generalnie w naszym społeczeństwie niestety jest ten problem. I tu jest przy okazji, już na koniec, pytanie do pana ministra. Uruchomiono od lipca program badań profilaktycznych. Nie wiem, czy pan minister ma w tej chwili jakieś dane, jak wygląda jego realizacja? Może nie jest pan przygotowany do tego pytania. Przecież m. in. można zająć się również profilaktyką onkologiczną w ginekologii. Bardzo proszę, pan poseł Maksymowicz i pan minister.

**Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska 2050):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, ja też dziękuję za dobrą dyskusję. Przepraszam, musiałem wyjść, bo był temat również naszego posiedzenia Komisji, nawet się spóźniłem na prezentację, ale szczęśliwie w minutę zabrałem jeszcze głos.

Proszę państwa, to są bardzo ważne tematy: temat dotyczący laktacji, temat dotyczący możliwości pomocy paniom z nietrzymaniem moczu w ramach fizjoterapii. Powinny one zostać uwzględnione. Cieszę się, że są oczywiście przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

Myślę, że w tym spisie zadań zadadzą sobie pytanie, czy to jest dobrze z zabezpieczone, czy jednak nie powinno być bardziej.

Ale to jest bardzo spokojne posiedzenie Komisji, mamy zupełnie dobrą, prawie akademicką dyskusję. A mówimy o tematach, w tej pierwszej części, totalnego dramatu. Wiemy, że to jest dramat dotykający… Praktycznie w każdej rodzinie występują przecież nowotwory u kobiet. I to jest ten dramat, z którym mamy do czynienia. Lata lecą, każdy rząd miał problem ze środkami, z ilością środków. Jest zapowiedź oczywiście zwiększenia nakładów jako pochodnej PKB, ale trzeba powiedzieć, że to nie będzie np. wzrost składki zdrowotnej, w związku z tym nie mamy poczucia, że świadczenia będą miały większą podstawę, bo może więcej pójść na inwestycje. Niestety dużo z tego pójdzie na inwestycje, czyli problem świadczeń będzie dalej. Zawsze, jak widzimy, nadal jest problem tej przykrótkiej kołdry i wszyscy powinniśmy jednak pukać i kukać do decydentów i wspierać ministra zdrowia. Zawsze tak powinno być, np. w walce w przetargach, w momencie dyskusji budżetowej – ona przecież się toczy w tej chwili.

Dlatego też tylko chciałbym, podsumowując, powiedzieć, że niewątpliwie jako posłowie – ja mogę od siebie dać deklarację, ale pewnie to będzie powszechne – doceniając wielką wagę i dramatyzm sytuacji, będziemy bardzo monitorować poselsko reakcję Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na okoliczność spełnienia wniosków, o których mówiliśmy. Przy całym szacunku, znamy się od wielu lat z panem ministrem, musiał pan powiedzieć to, co pan powiedział. Było to takie suche i urzędnicze, więcej deklaracji nie poszło – pewnie pan nie mógł.

Natomiast też chcę powiedzieć jedną rzecz: liczyłem na obecność wiceprezydent Warszawy – zdaje się, że nie ma, prawda? To jest przykład dużego, największego w Polsce samorządu, który jest organem tworzącym dla wielu szpitali. Chcę powiedzieć, żeby ten głos jednak dotarł, że będziemy jako posłowie monitorować również to, czy oddziały ginekologii onkologicznej rozwijają się, czy też są zwijane i czy są zamykane. Jeżeli tak by było, to musimy po prostu zdecydowanie się przeciwstawić, mając świadomość, że jest to pochodna oczywiście braku środków. Czyli ten pierwszy, podstawowy monitoring będzie.

Nie może być zgody na to, żeby zamykać oddziały, nawet jeżeli to jest efektem, powiedzmy wprost, przemieszczania czy nawet wręcz ucieczki personelu. To nie tylko o lekarzy chodzi, bo przecież – to było przedstawione – każdy z elementów składowych jest istotny, zwłaszcza w tak złożonych procedurach jak ginekologii onkologicznej. To jest współpraca bloków operacyjnych, diagnostyki, lekarzy również. Tak że to jest wielki dramat, nie wolno nam na to pozwolić. Niech wiedzą organy tworzące, że nie pozwolimy na to, żeby to zamykać. A jakby miały problemy, to będziemy razem z nimi pukać znowu o pieniądze. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Pan minister ma ograniczony czas, ale jeszcze… Panie pośle, bo zgłosił się poseł Sośnierz, dosłownie minuta, bardzo proszę.

**Poseł Andrzej Sośnierz (PS):**

Kilkukrotnie padały wezwania do wyceny świadczeń medycznych w nadziei na to, że to rozwiąże problem. Tak, to rozwiązywałoby problem. Tylko w aktualnym stanie prawnym zadania – bo wspominano też o Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – nałożone przez ustawę i procedura ustalania taryf uniemożliwia uzyskanie obiektywnej informacji o wycenie świadczenia medycznego. Poczynając od bardzo prymitywnego pytania, czy mamy taryfy kosztowe, czy taryfy z marżą. Kto na świecie używa cen kosztowych? To jest początek upadku, kiedy się coś kupuje za koszt wytworzenia!

Zatem postulat do ministerstwa. Jeżeli chcemy nie w incydentalnym jednym przypadku, bo jak się zaweźmie, to w końcu wycenią to jedno świadczenie, i to też nie wiadomo jak, ale wszyscy będą zadowoleni, co nie zawsze oznacza.. Gdyby ceny na rynku były zawsze tylko ku zadowoleniu kupujących, to też byłoby dziwne. Chodzi o to, żeby przemyślano w ministerstwie, czy nie warto byłoby zmienić ustawowo określonych kompetencji i sposobu funkcjonowania agencji, bo ona w tym stanie ustawowym i finanso-

wym, o którym też tu wspomniano, nie jest w stanie wykonać tego, czego od niej oczekujemy. To wymaga oczywiście szerszego wyjaśnienia, ale służę chętnie swoją informacją.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękujemy bardzo. Pan minister, bardzo proszę.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Dziękuję. Szanowni państwo, przede wszystkim także chciałbym podziękować za tę merytoryczną dyskusję, bo naprawdę tak jak słucham… Ja jestem co prawda chirurgiem, ale głosy ginekologów były bardzo ważne i myślę, że one dotykały tego zasadniczego problemu, nad którym się dzisiaj pochylaliśmy.

Ale zacznę może od tego ostatniego problemu, który był poruszany, czyli podniesienia zasobów finansowych agencji taryfikacji, AOTMiT-u, mówiąc generalnie. Muszę państwu powiedzieć, że już jest gotowe rozporządzenie ministra zdrowia, które właśnie podnosi kwoty za przygotowanie tej analizy weryfikacyjnej, czyli poszczególnych świadczeń. Było to ok. 100 tys. zł za przygotowanie, w tej chwili będzie to 140 tys. zł, czyli zwiększamy o 40% tę wycenę. Myślę więc, że agencja będzie to robiła o wiele szybciej i sprawniej, ponieważ te środki będą zdecydowanie większe.

Wielokrotnie był poruszany wątek laktacyjny i poradni laktacyjnej. My położyliśmy główny nacisk na rolę położnej, to właśnie położna właściwie w 100% potrafi rozwiązać wszystkie problemy, jeżeli chodzi o problemy z laktacją. Jej rola rozpoczyna się jeszcze nawet przed tym, kiedy kobieta zachodzi w ciążę, żeby odpowiednio do tego przygotować, w czasie ciąży, także po urodzeniu. Myślę, że położne doskonale sobie z tym radzą. Jeżeli jest problem, a takie problemy mogą się zdarzyć, kiedy już właśnie położne sobie z tym nie radzą, mogą zawsze, czy one, czy lekarz rodzinny, skierować do neurologa czy neurologa logopedy, żeby ten problem rozwiązać. Ale jest ten problem poradni laktacyjnych, który wielokrotnie został przez państwa podnoszony, więc myślę, że także w Ministerstwie Zdrowia się nad tym pochylimy i zastanowimy się, jak ewentualnie rozwiązać ten problem. Na dzień dzisiejszy wydaje się, że jednak to, co w tej chwili jest w asortymencie pomocy kobiecie z problemem laktacji, jest wystarczające. Ale oczywiście pochylimy się na tym i jeszcze raz to to przeanalizujemy.

Wielokrotnie także padały postulaty – także ze strony państwa profesorów, ale nie tylko – żeby jednak koncentrować te usługi. Rzeczywiście, tak jak w każdej profesji zabiegowej, jeżeli coś się robi dość dużo i często, to się to wykonuje najczęściej dobrze, a jeżeli robi się zabiegi rzadko, to one są źle wykonywane. Dlatego koncentracja – tak. Także przy enodmetriozie, bo to nie jest taka prosta choroba. Myślę, że to jest bardzo ważne. I to w tej chwili także robimy.

Ważną rolę… Już mówiłem o patomorfologii. W tej chwili także rusza pilotaż właśnie akredytowanych pracowni patomorfologicznych. Myślę, że jest to jest bardzo ważne.

Temat testu Nifty także był poruszany, to także państwo konsultanci zwracają się do nas, rozważamy ewentualnie refundacje tego testu, można go wykonać bodajże do 10. tygodnia.

Co jeszcze? Jeżeli chodzi o procedury w uroginekologii, tak jak profesor Czajkowski powiedział, to jest oczywiście w zależności od wieku pacjentki, ale myślę, że rola fizjoterapeutów jest jak najbardziej zasadna, więc też ten problem będziemy chcieli rozwiązać i taką procedurę dla fizjoterapeutów stworzyć.

To tak pokrótce, panie przewodniczący. Myślę, że odpowiedziałem dokładnie na pytania, które zostały zadane.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję, w takim razie…

Pani poseł, przepraszam, już nie będziemy dopytywać pana ministra, było dość czasu, żeby się zgłosić. W takim razie o resztę państwo mogą pytać już najwyżej w interpelacjach.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie.